Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 16 lutego 1884. **№ 7.** Rok XXIII.

I. Z kliniki chorób kiłowych prof. Neumanna w Wiedniu.

Przyczynek do zmian kiłowych w stawach, ścięgnach, pochewkach ścięgnistych i torebkach maziowych.

Napisał Dr. E. Finger,
docent i asystent kliniczny.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Anatomija patologiczna. Zmiany anatomiczne tych wątpliwych spraw chorobowych są tylko niedokładnie zbadane. Pierwszym, który przytacza sekcyję kiłowego zajęcia stawowego, jest Coulson (*Lancet* 1858, I, 12 *March*). Mężczyznę 41 lat mającego, przyjęto do szpitala dnia 2 października 1857. Podaje on, że poprzednio kilkakrotnie był tryprem dotknięty. W roku 1855 miał wrzód na prawém podudziu, który lekarz uznał za kiłowy i leczył odpowiednio. W czasie przyjęcia miał on więcéj wrzodów pełzających kiłowych na odnodze dolnéj lewéj; jeden z nich mający 2″ średnicy znajdował się w zgięciu kolanowém, sięgał dość głęboko i odsłonił tamże ścięgna. Zastósowano jodek potasu. W tydzień po przyjęciu chory nagle począł się uskarżać na gwałtowny ból w lewym stawie kolanowym, który obrzękł, zaczerwienił się, podudzie zgięło się do uda pod kątem prostym a zginanie i prostowanie było niemożliwe. Gwałtowne bóle, zwiększające się wycieńczenie zmusiły Coulsona do amputacyi w dolnéj trzeciéj części uda. W kilka dni potém umarł chory z świeżo powstałego zapalenia opłucny i otrzewny. Badanie odjętego członka wykazało, że kilak przedarł się ze zgięcia kolanowego do jamy stawowéj, która była napełniona ropą. Nie mamy więc właściwie prawa mówić o kiłowém zapaleniu stawu, chodziło tu raczéj o urazowe ostre, ropne zapalenie błony maziowéj.

Lücke (1867. *Dactylitis syphilitica. Berl. klin. Woch.*) mowi także o zołzowém zwyrodnieniu stawu. Odpowiednio do kępczastych kilakowych złogów napotyka się tu i ówdzie miejscowe zgrubienie torebki z małym przybytkiem cieczy stawowéj.

Vedmannson (1869. *Nord. med. Arch.*) podaje wynik sekcyi odbytéj na oficerze zmarłym z kiły, który oprócz innych zmian kilakowych w kości i w okostny okazywał także zapalenie błony maziowéj obu, a szczególnie prawego stawu kolanowego, ze zgrubieniem i tworzeniem się kosmków na torebce.

Riesel (1870. *Berl. klin. Woch.*, Nr. 50 i 51) przytacza sekcyję niewiasty, która prócz innych objawów okazywała zajmujące zmiany w lewym stawie kolanowym. Na lewéj piszczeli, na kłykciu zewnętrznym, przedstawia się środkowa połowa płaszczyzny chrząstkowéj żółtawo-zabarwioną, zaćmioną i okazuje płaskie, faliste wyniosłości; w środku tychże znajdują się dwie blizny wielkości grochu o dość ostrych brzegach, w skutek utraty chrząstki powstałe. Podobne zmiany znajdowały się na płaszczyźnie stawowéj kłykcia wewnętrznego. Znacznie większe i głębsze, pozornie aż do kości sięgające, zabliźnione wrzody chrząstki zauważono na dolnéj płaszczyźnie stawowéj piszczeli; leżą one więcéj w obwodzie. Na błonie maziowéj nie znajdowały się ważniejsze zmiany za życia. Objawy były względnie nieliczne i polegały na lekkiém obrzmieniu i małém zboczeniu czynnościowém w kolanie. Riesel opisuje daléj preparat, pochodzący z sekcyi kobiety kiłowéj, która za życia okazywała obrzmienie stawu kolanowego, ból i trzeszczenie przy czynnym i biernym ruchu, stałém ułożeniu stawu kolanowego w miernem zgięciu, co żywo przypomina przypadek wyżéj przytoczony Morgagniego. Sekcyję wykonał prof. Volkmann. Kość udowa i piszczelowa były nadzwyczaj lekkie, kory części środkowych brak zupełny, a była ona zastąpiona kostniakami do mchu podobnemi, które na części końcowéj stawu kolanowego były uderzające, zwłaszcza że na powierzchni leżały liczne wydrążenia wielkości soczewicy, mniéj lub więcéj głęboko sięgające. W stanie świeżym wydrążenia te wypełnione były masą kilakową, która wywoła-

ła rozpad kości i chrząstki. Jama stawowa zawierała mierną ilość mętnéj mazi, ropy żadnéj nie było, więzadła i torebka były prawidłowe.

U Lancereauxa (l. c. str. 202) czytamy o rezultacie sekcyi odbytéj na kobiecie kiłowéj, która prócz innych objawów kiłowych, jak wrzodów i zwężenia tchawicy, kilakowego zajęcia wątroby, okazywała także zmiany w obu stawach kolanowych. Oba stawy kolanowe mają większą objętość, a każdy zawiera więcéj niż szklankę surowicy mętnéj. Błony maziowe zgrubiałe i nastrzykane, pokryte są większą ilością błon wrzekomych; płaszczyzna chrząstki lewego zewnętrznego kłykcia na jedném miejscu wyżarta. Chrząstki stawowe obu rzepek wyżarte i wrzodami pokryte, te jednak zmiany są tylko następowe, pierwotna bowiem sprawa chorobowa znajdowała się w tkance łącznéj stawu. Po prawéj stronie część ścięgna rzepki tkanka tłuszczowa naokoło torebek maziowych i cała tkanka włóknista, jak daleko się tylko na piszczeli uczepia, przeobrażona w żółtawoszarą, jednostajną, sprężystą masę, 4cm. grubości w środku wynoszącą. Masa ta jest natury kilakowéj. Pojedyńcze włókniste więzadło przedstawia ścięgno rzepki, masa kilakowa podzielona włóknistemi, poprzecznemi belkami na kilka małych obrzęków. Więzadła półksiężycowe i międzystawowe są nietknięte. Tak samo przedstawia się lewy staw kolanowy. Między ścięgnem rzepki i piszczelą znajdował się złóg masy kilakowéj, którego budowa podobną jest do kilaków wątroby.

Giess (1881. Z zakładu prof. Thierfeldera. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.* XV) miał sposobność badać anatomicznie i pod drobnowidem stawy kolanowe kobiety kiłowéj, po raz pierwszy rodzącéj, a zmarłéj w połogu. W obu stawach był obraz na pierwszy rzut oka podobny do obrazu wywołanego przez *arthritis deformans.* Na kłykciach w kilku miejscach była utrata chrząstki, utrata zastąpiona była gęstą, narośniętą tkanką. Błona maziowa wszędzie zgrubiała, w kościach żadnych zmian. Pod mikroskopem okazała się powierzchnia stawowa chrząstki po największéj części pokryta gęstą tkanką łączną. Za kiłą przemawiały wrzody zabliźnione w gardle, ubytki na podniebieniu twardém, oraz kilaki wątroby i płuc.

Méricamp (1882. *Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires. Thèse.* Paris) o którego poglądach na sprawy chorobowe w stawach w okresie trzeciorzędnym kiły już wspomnieliśmy, przytacza sekcyją uzupełniony przypadek, który dla jego ważności tutaj przytoczę. Dotyczy on kobiety, która w r. 1856 zachorowała na kiłę, w r. 1859 cierpiała na obrzęk stawu łokciowego, który po kilku powrotach ustąpił za użyciem jodku potasowego. W r. 1874 cierpiała na obrzmienie lewego kolana i łokcia przez kostniaki wywołane, jakoteż na liczniejsze kostniaki w szkielecie. Do obrzmienia stawu kolanowego przyłączył się zwolna powstający surowiczy wysięk. W lutym 1882 r. umarła. Sekcyja wykazała: Części składowe stawu nietknięte, z wyjątkiem powierzchownych nadżerków w chrząstkach. Część środkowa kości udowéj podwójnie zgrubiała; pod chrząstką stawową gromadka żółtéj, papkowatéj masy, któréj badanie drobnowidowe wykazuje cechę kilakową. To samo znaleziono na stawie łokciowym. O sprawach kiłowych ścięgien wiemy bardzo mało, a o torebkach maziowych nie mamy wcale żadnych wyników sekcyi. Tak czytamy u Vidala de Cassis (l. c, str. 583): kiłowo-schorzałe ścięgno zachowuje prawidłową barwę, jest jednak obrzmiałe, czyto z powodu zgrubienia włókna, czy téż przez ciecz białkowatą na wpół stężałą. Obrzęki kiłowe ścięgien znajdują się jużto na powierzchni, jużtéżto wewnątrz. Pierwsze są częstsze a wtedy obrzęk tworzy wyniosłość i kończy się ropieniem, całość ścięgna nie bywa naruszoną. Kilowy obrzęk wewnątrz ścięgna nagabuje włókna i przybiera postać jajowatą albo stożkowatą.

Kazuistyka. Niechaj mi będzie wolno przytoczyć tutaj kilka przypadków, które sam spostrzegłem:

Przypadek I. M. S., 21 lat, praczka, 3 maja 1881 przyjęta do kliniki z powodu kiły, podaje, że ostatni raz spółkowała mniéj więcéj przed 5 miesiącami, od czterech miesięcy jest chorą, od 3ch miesięcy spostrzega wysypkę. Stan obecny: Warga mniejsza prawa przedłużona na kształt fartuszka, barwy sinéj, twardsza niż lewa. Na jéj wolnym brzegu, prawie w środku, znajduje się guz wielkości orzecha laskowego, nadzwyczaj twardy, przyskórkiem pokryty i zsiniały, na międzykroczu ku tylnemu spoidłu kilka nacieków nieprzewyższających wielkości soczewicy, miernie twardych, przyskórkiem powleczonych. Gruczoły limfatyczne w pachwinach obrzmiałe od wielkości jaja gołębiego do orzecha laskowego, gruczoły na szyi nie przekraczają wielkości orzecha, są liczne, bezbolesne. Na tułowiu znajdują się rozsiane guzki wielkości soczewicy, płaskie, brunatno czerwone, łuszczące się. Takie same skupione na czole, a na głowie włosami porosłéj napotyka się grudki strupkami pokryte. Włosy na głowie suche, za lekkiém pociągnięciem obficie wypadają. Oba migdałki są powiększone, pokryte powłoką do słoniny podobną i lekko podniesioną. Leczenie: Jodek potasowy 1,0 dziennie, plaster rtęciowy na wrzód stwardniały i grudki na częściach płciowych. Ciepłota ciała w dniu 19 maja wieczorem wynosiła 39,4°, chora skarży się na bóle w stawach. 20 maja ciepłota rano 38,7, wieczór 39,3, ból i darcie we wszystkich członkach. Ucisk na prawy staw łokciowy i barkowy, jak i poruszanie tegoż jest bardzo bolesne, chociaż przedmiotowo niczego nie można było wykazać. W dniu 21 maja ciepłota wynosiła rano 38,1, wieczór 40,1. 22 maja ciepłota rano 38,6, wieczór 39,8. Chora skarży się na silne bóle, skutkiem których wszelkie ruchy są upośledzone, bóle powstają same przez się, szczególnie nocą występują gwałtownie w prawym stawie łokciowym i barkowym, jakoteż w lewym kolanowym. Stawy te i ich otoczenie przy lekkiém poruszaniu bolesne, zarysy prawego stawu łokciowego i barkowego nieco pełniejsze niż stawy po przeciwnéj stronie. I lewy staw kolanowy jest nieco nabrzmiały, rzepka chełbocze. Polecono salicylan sodowy 5,0 dziennie. Dnia 23 maja ciepłota rano 38,1; wieczór 39,7. Mimo salicylanu sodowego stan nie polepsza się; prócz na ból w dotkniętych stawach, pacyjentka uskarża się także na ból w prawym stawie nadgarstkowym i w lewym barkowym. Nabrzmienie tych stawów jest mierne, a nad lewym stawem barkowym pod szczytem łopatki daje się wyraźnie czuć chełbotanie. Na kłykciu wewnętrznym uda prawego, odpowiednio do ścięgien mięśnia krawieckiego, m. smukłego, m. półścięgnistego, znajduje się obrzęk 6cm. długi, wyraźnie chełboczący, bolesny. Skóra nad nim lekko zaczerwieniona i obrzękła. Na grzbiecie ręki prawéj od linii biegnącéj między członkami palców a śródręczem aż do więzadła nadgarstka obrzęk składający się z czterech lekko rozbieżnych, wyraźnie chełboczących, bolesnych obrzęków, skóra nad nim zaczerwieniona i bolesna. Polecono salicylan sodowy 5,0 na dzień. 24 maja ciepłota rano 38,6, wieczór 39,2. Obrzmienie obu stawów barkowych i prawego łokciowego powiększyło się,

ponad wszystkiemi wyraźne chełbotanie. Zarysy lewego stawu kolanowego zacierają się, rzepka balotuje, po obu jéj bokach obrzęki chełboczące. Torebka nadkolanowa maziowa również chełbocze. Nabrzmiałość wzdłuż ścięgien mięśni smukłego, krawieckiego, półścięgnistego po lewéj stronie sięga w górę prawie aż do pierwszéj trzeciéj części uda. I na zewnętrznéj stronie kolana lewego, na główce strzałki poczynające się obrzmienie, odpowiadające ścięgnu mięśnia dwugłowego, prawie na szerokość ręki chełboczące, znacznie bolesne. Obrzmienie na grzbiecie ręki prawéj dość napięte, bolesne, skóra opuchła, zaczerwieniona, a obrzęki odpowiadające ścięgnom, które wczoraj wyraźnie oddzielić się dawały, dzisiaj przemieniły się w jeden chełboczący obrzęk. Salicylanu sodowego polecono daléj używać; w sercu nie ma żadnéj zmiany. 25 maja ciepłota 37,8, wieczór 39,2. Obrzmienie stawów i pochewek ścięgnistych znaczniejsze niż wczoraj ruchy w częściach chorych są niemożliwe. Gdy salicylan sodowy nie wywarł dotąd żadnego skutku, a zimne okłady na części chore zaledwie ból uśmierzyły, przypuszczając, że zapalenie stawu i pochewek ścięgnistych może być w związku z kiłą, poleciłem 2,0 jodku potasowego, którego chora więcéj już nie brała, odkąd sprawę chorobową za gościec uważano. Skutek był uderzający. 26 maja chora pierwszą noc lepiéj spała i czuła się swobodniejszą. Ciepłota rano była 37,8. Obrzmienie stawów i pochewek ścięgnistych niezmieniło się, bolesność jednak przy ucisku zmniejszyła się. Podawałem po 2,0 jodku potasowego rano, w południe i wieczór. Ciepłota w południe 37,6, wieczór 37,1. Dnia 27 maja ciepłota rano wynosiła 37,6, wieczór 37,4. Stan choréj znacznie lepszy, bolesność jak i obrzmienie, szczególniéj pochewek ścięgnistych, są mniejsze. Chora zażywała rano i wieczór po 2,0 jodku potasowego. 28 maja ciepłota rano 37,4, wieczór 37,1. Obrzmienie i bolesność prawie zupełnie ustąpiły, tylko pochewki ścięgniste na grzbiecie ręki prawéj jeszcze nieco sprężystsze, poruszenie bolesne. Polecono brać 4,0 jodku potasowego na dzień. 31 maja ciepłota rano 37,1, wieczór 37,4. Stawy i ścięgna zupełnie bezbolesne. 10 czerwca zniknęła wysypka grudkowa aż do reszty barwika. Podawanie jodku potasowego zmniejszono do 1,0 na dzień. 28 czerwca ciepłota rano 37,1, wieczór 37,7; 29/6 ciepłota rano 37,1, wieczór 37,6; 30/6 ciepłota rano 37,4, wieczór 37,6. Chora skarży się na bóle w lewym stawie biodrowym i nadgarstkowym. Na grzbiecie ostatniego obrzmienie płaskie, prawie wielkości talara, chełboczące, bolesne. Jodku potasowego używa chora 3,0 dziennie. 2go lipca obrzmienie i ból ustępują. 5go lipca stawy są wolne. 14 lipca skoro wszystkie oznaki kiły zniknęły chora wypuszczoną została.

Przypadek II. Pan F. U., lat 28, chemik, zasięgał méj rady w pierwszych dniach kwietnia 1882 z powodu wrzodu pierwotnego, przeciw któremu zastósowałem plaster rtęciowy, a gdy wkrótce potém wystąpiła wysypka plamisto-grudkowa, poleciłem robić wcierania szaréj maści. 20 wcierań wystarczyło, aby u silnego, mało tylko pozornie kiłą dotkniętego pacyjenta usunąć wszelkie objawy i z końcem maja opuścił pan U. Wiedeń, aby udać się do swych rodziców do Styryi. Przez 2 miesiące nie słyszałem nic o nim, aż w połowie sierpnia przedstawił mi się ponownie w dość smutnym stanie, był dość wynędzniały, niedokrewny, a chodził przy pomocy laski i mając nogę prawą sztywną. Z opowiadania chorego, jak z listu leczącego go dotąd lekarza, dowiedziałem się, że pacyjent, który przebywał u swoich rodziców w zdrowéj okolicy górnéj Styryi, przez miesiąc czerwiec znajdował się w bardzo dobrym stanie, lecz wbrew mojemu zakazowi, przedsiębrał sam kilka większych przechadzek po górach. Około 10 lipca 1882 zapadł wśród gwałtownéj gorączki na szybko zwiększające się, bolesne obrzmienie prawego stawu kolanowego, które przez leczącego go lekarza za gościec stawowy uznane zostało i stósownie do tego leczone było wielkiemi dawkami salicylanu sodowego, a gdy to nie pomogło, większemi dawkami chininu. Prawie dłużéj niż tydzień trwała gorączka i gwałtowny ból, które potém zwolna ustąpiły i tylko obrzmienie stawu pozostało. Pędzlowanie jodem, ciepłe okłady, wywołały bardzo małe polepszenie. Odkąd pacyjent więcéj przechadza się, czuje często właściwe tarcie i trzeszczenie w stawie połączone z niewielką bolesnością, która jednak mimo to zmusza go trzymać sztywnie prawą nogę przy chodzeniu. Badanie wykazało co następuje: Prócz blizny na prąciu, małego obrzmienia gruczołów, nieco powiększonych migdałków, żadnych zmian kiłowych nie można wykazać. Prawy staw kolanowy w porównaniu z lewym jest dość znacznie nabrzmiały, rzepka wyraźnie balotuje, przy ucisku na nią jak i przy chodzeniu i skurczaniu mięśnia czworogłowego występują po obydwu jéj stronach chełboczące obrzęki, rzepkę półkiężycowo z obu stron otaczające. Torebka maziowa nadkolanowa sprężysta chełbocze. Skóra jest niezmienioną, przy nacisku na rzepkę i lekkich ruchach w stawie kolanowym daje się czuć a przy szybszém poruszaniu nawet słyszeć, trzeszczenie, ucisk na staw prawie nie jest bolesnym, poruszanie tegoż jest tylko miernie bolesne. Wychodząc z przekonania, że sprawa chorobowa stawu, któréj przebieg mało podobieństwa okazywał do gośćca, pozostaje w związku z kiłą, radziłem panu U., nim się ostatecznie uda do Badenu, jak mu radzono, przeprowadzić leczenie przeciwkiłowe i zapisałem mu 3,0 jodku potasowego na dzień. Skutek odpowiedział mojemu oczekiwaniu. Do początku września, a więc po zażyciu blisko 60,0 jodku potasowego, większa część wysięku w stawie kolanowym wessaną została, tylko lekkie balotowanie rzepki pozostało, za to jednak dawało się wyraźniéj słyszeć podmiotowo i przedmiotowo trzeszczenie, bolesność jednak zupełnie ustąpiła. Leczenie daléj prowadzone aż do końca września i pilne używanie ciepłych kąpieli miały ten skutek, że pacyjent znów używać może nogi prawéj i tylko przy szybkim albo silnym ruchu czuje jeszcze tarcie w stawie, którito stan jeszcze dziś, a więc po przeszło pół roku, jest niezmieniony. (C. d. n.)

II. Przyczynek do nauki o alkoholizmie.

Napisał prof. J. Mierzejewski w Petersburgu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Komisyja otrzymała 10 sierpnia zawiadomienie, podpisane własnoręcznie przez P., donoszące o jego chorobie. Na zapytanie zadane P. przez komisyję, co się z nim działo od d. 8go sierpnia do czasu jego wyzdrowienia, obwiniony odpowiedział, że o niczém nie wie, gdyż był ciągle w stanie nieprzytomnym. Nie pamięta, czy był 8 sierpnia u gubernatora z raportem o stanie miasta. O okolicznościach, które poprzedziły dzień 8 sierpnia P., dał następujące wyjaśnienia: Do obowiązków jego należało codzienne składanie raportu gubernatorowi; bywały jednak dni, w których zajęty innemi czynnościami służbowemi zastępował się dozorcami policyj-

nymi. Nigdy nie chorował dłuższy czas, a jeśli kiedy jednę dobę nie pełnił służby, zastępujący go policyjny dozorca zawiadamiał gubernatora o przyczynie nieprzybycia P. z raportem. Taki porządek utrwalił się i nigdy nie był naruszony do d. 8 sierpnia. Dalej P. zeznaje, że w czasie poprzedzającym dzień popełnienia bezprawi nie był chorym, lecz czuł się podnieconym, co przypisuje nadużyciom wyskoku. Pojmanie głośnego złoczyńcy Ł. dało mu pochop do wypicia w d. 8 sierpnia więcej niż zwykle; dnia ujęcia Ł. właściwie nie pamięta, lecz wie, że to było na kilka dni przed 8ym sierpnia; zachwycony powodzeniem swéj wyprawy, rozmarzony składanemi powinszowaniami, jako człowiek młody i unoszący się, P. zaczął pić coraz więcéj, nie bacząc na skutki tego rodzaju postępowania. Utrzymuje on z całą szczerością, że zawsze lubił wypić, lecz na stanowisku policmajstra nie nadużywał napojów; nie wytrwał jednak w postanowieniu nie nadużywania napojów, dzięki zakorzenionemu w narodzie rosyjskim zwyczajowi, że w każdym mniéj zwykłym wypadku zmuszają do wypicia; obrazić zaś zastarzały zwyczaj jest rzeczą nie zawsze możebną i godziwą. Życie tego rodzaju, a zwłaszcza lekkomyślny charakter P., złożyły się na to, że nie raz mu przyszło upić się; lecz starał się on obliczać swój czas w ten sposób, ażeby mógł otrzeźwieć do rana, wiedząc, że przed sobą ma obowiązki do spełnienia; chociaż zdarzały się przypadki, że ten stan odurzenia trwał cały dzień następny. Z dniem ujęcia zbrodniarza Ł. skłonność P. do picia zamieniła się w nałóg; P. pił przez całą noc, poczém czuł się niedobrze, w ciągu kilku dni nie mógł spać i doznawał jakichś drgań nerwowych. Następnie P. wymienił osoby, z któremi obcował przed popełnieniem bezprawia i wkrótce potém i prosił o przesłuchanie tych świadków pod przysięgą.

Dozorca policyjny P...ch zeznał, że i przed dniem dokonanego występku P. nie codziennie pełnił swe obowiązki, czy 8 sierpnia był P. z raportem u gubernatora, świadek nie jest zupełnie pewny, lecz natomiast wie z pewnością, że zdarzało się mu, czyto z powodu choroby, czy upicia się, że wyręczał się w téj czynności zastępcą. Od 1 do 8 sierpnia P. nadużywał bardzo napojów wyskokowych, lecz przybywał do bióra, a w jakim stanie, świadek nie wie. Po dopełnieniu występku P. wrócił do domu i był w stanie nienormalnym.

Aptekarz szpitala wojskowego R. zeznał zaprzysiężony, że często bywał u P., spotykał tu licznych współbiesiadników i może zeznać, że pito wiele. W ogóle P. od pewnego czasu, mniéj więcéj od dnia pojmania Ł., był w stanie nieprawidłowym, pił wiele, jeździł w nocy a spał mało; można twierdzić, że kilka nocy z rzędu, które poprzedziły noc 8 sierpnia, P. nie spał, a w dzień zapijał się. W d. 8 sierpnia o godzinie 1 popołudniu zebrało się u P. kółko dobrych znajomych, którym gospodarz oświadczył, że już kilka nocy nie śpi, a za to wiele pije, wkrótce całe towarzystwo udało się na obiad do kawiarni, gdzie do wieczoru oddawano się piciu. Koło 10éj godziny świadek powrócił do domu, zostawiając P. w kawiarni. Cały czas obwiniony pił więcéj od innych i zdradzał usposobienie zaczepne, oczy miał zaczerwienione. Podczas obiadu wywołał sprzeczkę z chorążym D., zaledwie zażegnaną przez wmięszanie się współbiesiadników.

Lekarz okręgowy Tołmaczew zeznał, że mniéj więcéj 10 sierpnia rano wezwał go oficer D. do chorego policmajstra. Zapytany przez świadka o szczegóły choroby, D. odpowiedział, że ten znajduje się w stanie pomięszania umysłowego. Po przybyciu do mieszkania obwinionego zastał go świadek rozpiętego i bez krawata; P. chodził prędko po pokoju, zaczynał nucić, to znowu giestykulując rozprawiał sam z sobą. Zapytany o zdrowie odpowiedział: „zdrów jestem“. Chodząc po izbie, to wpadał w stan wesołości i zachwytu, przypominając różne wesołe przygody swego życia, to znowu bywał gniewny i groził komuś chcącemu uczynić mu krzywdę. Czasem znowu żegnał się i śpiewał pieśni pobożne. W ogóle przejście z jednego stanu w drugi było u P. nagłe, sąd o rzeczach sprzeczny, niejasny. Wszelkie usiłowania uspokojenia P. pozostały bez skutku. Z objawów fizycznych można było stwierdzić rozpalenie głowy, zaczerwienienie ócz z łzawieniem, suchość obłożonego języka, który w mowie plątał się; z ust czuć było wyskok; tętno pełne, częste, chód nieco nierówny. W ogóle stan P. zdradzał obłąd pijacki. Przy świadku przybyła i zbadała obwinionego osobna komisyja lekarska, przez wyższą władzę wyznaczona. Świadek mniema, że należy w tym przypadku usunąć wszelką myśl udawania.

Redaktor miejscowego urzędowego dziennika zaprzysiężony zeznał, że w m. sierpniu, którego jednak dnia nie pamięta, otrzymał uwiadomienie od chorążego D., że P. dostał pomięszania zmysłów. Pod wpływem silnego wrażenia świadek pospieszył do mieszkania P. i już w przedpokoju doszła jego uszu nuta kościelnych śpiewów, naprzemian z wesołemi piosnkami. Wchodząc do pokoju ujrzał świadek obwinionego jedynie w bieliźnie, siedzącego na krześle i bezmyślnie wpatrującego się w kąt. Na zadane sobie pytania albo zupełnie nie odpowiadał, albo téż mówił bez związku o jakichś wrogach. Na drugi dzień po odbytéj komisyi świadek przeprowadził P. do swego mieszkania, gdyż widząc jego stan pragnął go mieć u siebie, a nie w szpitalu, gdzie obwiniony nie miałby niezbędnych wygód. Na drugi dzień po nocnéj wizycie u P. wezwał świadka p. o. gubernatora, i zażądał raportu od P. o stanie jego zdrowia. Świadek sam zredagował ów raport i dał P. do podpisu; obwiniony bez uwag wziął pióro do ręki, ale że był nieprzytomy, świadek ujął jego rękę i kierował nią przy podpisywaniu raportu. P. otrzymawszy posadę policmajstra zaprzestał pić; lecz wkrótce wdał się w hulanki graniczące z pijaństwem. Na dzień przed fatalną nocą, świadek w jego towarzystwie jadł obiad; tak przed obiadem jak i po obiedzie pito wiele wina i wódki i tak spędzono czas do godziny 9éj wieczorem. Czując się niedobrze świadek powrócił do domu, zostawiając P. grającego w bilard. Podczas obiadu P., który wyróżniał się zazwyczaj dobrym humorem, był w jakimś dziwnym nastroju, czepiał się słówek, kłócił się i parę razy zamierzał opuścić biesiadę, lecz go zatrzymano; nakoniec poweselał, lecz mówił bez związku.

Asawuła F. zaprzysiężony zeznał, że obwinionego nie znał, spotykał go czasem w sprawach służbowych i u wspólnych znajomych. Od czasu zamianowania P. policmajstrem dłuższy czas świadek nie widział go, a spotkawszy się z nim raz w towarzystwie spostrzegł różnicę w obchodzeniu P. z sobą; nie znając przyczyny świadek zapytał się trzeciéj osoby, czy nie wie, dla czego okazuje mu swe niezadowolenie i otrzymał odpowiedź, że obwiniony znajduje się w stanie niezwykłego rozdrażnienia i podobnie obchodzi się ze wszystkimi, o czém świadek sam wkrótce przekonał się. Spostrzeżono również tego samego dnia, że P. po wypiciu dwóch kieliszków wódki zasłabł, a rozprawiając plątał się w swych sądach; okoliczność ta tém więcéj prze-

konała świadka i wszystkich obecnych o nienormalnym stanie zdrowia P. i była tłumaczoną kłopotami i nieprzyjemnościami złączonemi z obowiązkami policmajstra. Świadek w lipcu wstąpił do P. w interesie prywatnym, i zastał go w stanie podnieconym; obwiniony rozprawiał od rzeczy o sprawach policyjnych itd., tak że pomimo wszelkich wysiłków świadek nie był w stanie pomówić o własnym interesie i odjechał z przekonaniem, że P. jest chory. Nazajutrz po zajściu był u obwinionego, lecz ten nie wspomniał o zajściach minionéj nocy; wreszcie P. znajdował się w takim stanie, że wątpić należało, aby mógł był opowiadać. Był tak podrażniony, że trzeba było go powstrzymywać i dozór nad osobą chorego stał się niezbędnym. Kiedy świadek poprzednio był u P. w interesie, obwiniony był trzeźwy, co wnosić należało nie z jego zachowania się, lecz z tego, że z ust nie czuć było wyskoku; 9go sierpnia widocznėm było, że P. nie spał i za wiele wypił.

Podpułkownik T. zaprzysiężony zeznał, że był u P. nazajutrz po dowiedzeniu się, że ten ostatni zachorował na obłąd pijacki. Świadek zastał P. leżącego, lecz nie śpiącego w stanie silnie podnieconym; nic z nim nie rozmawiał; na krótki czas przed chorobą P. świadek dwa razy go odwidził, i każdorazowo zastał u niego liczne grono ludzi wojskowych biesiadujących, sam zaś P. był wyraźnie podpity.

Asawuła H. zeznał, że dowiedziawszy się o chorobie P. pospieszył go odwidzić i zastał klęczącego i śpiewającego z związanemi rękami pieśni nabożne. Wszelka rozmowa z P. była niemożebną, gdyż on był w stanie zupełnéj nieprzytomności. Przed zajściem 8 sierpnia świadek widywał obwinionego w stanie nieprawidłowym i wyrobił sobie przekonanie, że P. nadużywa wyskoku.

Po zestawieniu wszystkich okoliczności komisyja sądowo-wojskowa, przesyłając akta Zarządowi lekarskiemu, prowincyi Zabajkalskiéj, załączyła następujące uwagi: Ponieważ P. tak podczas badania jak i w sądzie zeznał, że nic nie pamięta, co popełnił w nocy 8 sierpnia, gdyż był bardzo pijany, a zeznanie to stwierdzają świadkowie i świadectwo lekarskie, komisyja czuła się w obowiązku zadać sobie pytanie, czy P. popełnił występek w stanie poczytnym? Prawo kryminalne wymaga, ażeby w razie popełnienia zbrodni w stanie pomięszania lub nieprzytomności, ten nieprawidłowy stan umysłu został ściśle udowodniony; najsilniejsze upicie się nie może być przyczyną niepoczytności z wyjątkiem, jeśli przepicie się wywołało obłąd pijacki, podczas napadu którego zbrodnia popełnioną została; a ponieważ w myśl § 48 ustawy lekarskiéj wszystkie wątpliwości sądowo-lekarskie, powstałe śród prowadzenia spraw kryminalnych, również jak i ocenianie świadectw wystawionych przez lekarzy, odsyłają się do zaopinijowania Zarządom lekarskim, więc komisyja wojskowo sądowa na podstawie przytoczonego paragrafu, odsyłając akta, zażądała wyjaśnienia i odpowiedzi na następujące pytania:

1) Czy materyjał śledczy i świadectwo lekarskie dają dostateczną podstawę do nabrania bezwzględnego przekonania, że P. w skutek nadużyć wyskoku dostał tak silnego napadu obłędu pijackiego, że występne czyny, które popełnił w nocy z 8 na 9 sierpnia, wykonał w stanie nieprzytomnym?

2) Czy jest rzeczą możebną, ażeby w skutek nadużycia wyskoku powstał nagle tak silny napad obłędu pijackiego, że chory, tracąc zmysły, popełnia zbrodnię, czyli też choroba rozwija się stopniowo, występując początkowo w napadach lekkich?

Zarząd lekarski rozpatrzywszy się w aktach doszedł do następującego przekonania: p. o. policmajstra P. nadużywał napojów, a wnosząc z zeznań stawał się po każdém upiciu się rozdrażnionym i kłótliwym. Wkrótce przed popełnieniem zbrodniczéj swawoli miało miejsce ujęcie sławnego włóczęgi Ł. a ten czyn nadarzył P. sposobność obchodzenia tego zwycięztwa uroczystemi biesiadami. W nocy z 8 na 9 sierpnia, podług zeznań świadków, P. był mocno pijany, a wreszcie świadectwo lekarskie stwierdza, że P. cierpiał wonczas na obłąd pijacki.

1) Pod wpływem tak częstego upijania się, obok bezsenności w ostatnich dniach przed znanemi zajściami, należy przypuścić, że P. mógł w istocie popełnić zbrodnię w napadzie obłędu pijackiego, będąc nieprzytomnym.

2) Na drugie pytanie można odpowiedzieć słowami Griesingera: u pijaków powstają w rozmaitych postaciach głębokie zaburzenia psychiczne. Obłąd pijacki wydarza się u nałogowych pijaków, czasem nawet u takich, którzy rzadko piją do zupełnego upicia się; obłąd czasem powstaje nagle, lecz zazwyczaj poprzedza go bezsenność, wzburzenie itd. W takim stanie chory może być niebezpieczny dla otaczających.

Zestawiwszy powyższe orzeczenie z odpowiednim ustępem ustawy komisyja sądowa uznała, że takie określenie „należy przypuścić“ nie jest ścisłe, i że na takiéj podstawie nie jest w możności wydania wyroku. Jeżeli w sprawach kryminalnych czasem można przypuścić prawdopodobieństwo, to tylko w tych przypadkach, gdy nauka nie jest w stanie wydać niezbitego sądu o rzeczy, lecz w sprawie P. okoliczność ta nie zachodzi; dla tych powodów komisyja wojenno-sądowa postanowiła przesłać akta Radzie sanitarnéj w ministerstwie spraw wewnętrznych, wzywając ją do orzeczenia o stanie władz umysłowych P. w chwili popełnienia zbrodni.

Do téj uchwały komisyi nie przyłączył się audytor i wyraził oddzielnie swoje zapatrywanie. Podług niego powyższe orzeczenie Zarządu lekarskiego czyni zadość tym warunkom, których prawo wymaga przy wydawaniu świadectw lekarskich, mianowicie: 1) świadectwo to wydane na prawnéj podstawie; 2) zawiera ścisłe określenie rzeczy, będącéj treścią świadectwa; 3) jest w zgodzie z okolicznościami sprawy. Pewna wątpliwość, powstająca w skutek użytych wyrazów: „należy przypuścić“, tém się tłumaczy, że w tego rodzaju sprawach zachodzi często wielka trudność w orzeczeniu, czy obwiniony popełnił zbrodnię w stanie istotnéj nieprzytomności, jak tego dowodzą akta i orzeczenia Rady sanitarnéj w Ministerstwie spraw wewnętrznych. Nie przesądzając sprawy, czy orzeczenie Zarządu lekarskiego może stać się dostateczną podstawą do wydania sądu o niepoczytności P. podczas popełnienia zbrodni, rzeczony audytor oświadczył, że to orzeczenie zawiera w sobie logiczny wynik z przebiegu sprawy.

Nie podzielając tego zapatrywania audytora, komisyja wojskowo sądowa wysłała akta do Rady sanitarnéj Państwa, która wydała następujące orzeczenie:

1) P. o. policmajstra P. napijał się, lecz od chwili otrzymania posady policmajstra przestał pić; niedługo jednak wytrwał w swém postanowieniu i począł ponownie nadużywać wyskoku. Na wzór zastarzałego nałogowca P. oskarża

swój słaby charakter i usprawiedliwia się właściwościami służby policyjnéj, jak gdyby służba ta mogła zmusić kogokolwiek do przyjmowania gościnności, polegającéj na przesadném ugoszczeniu wyskokiem.

2) Z zeznań Asawuły F. wynika, że świadka tego uderzyła zmiana, jaką spostrzegł w obchodzeniu się z nim obwinionego; zmianę tę zauważyły i inne osoby względem siebie; z biegu sprawy nie widać, ażeby do wywołania tych zmian był dany jakikolwiek powód. Tenże F. zeznał, że P. po wypiciu dwóch kieliszków osłabł, i plątał się w rozmowie. W parę tygodni późniéj F. znalazł P. w stanie podnieconym i nie mógł się z nim dogadać w sprawie, dla któréj przybył do obwinionego, tak że nabrał przekonania, że P. jest w stanie nienormalnym.

3) Zwierzchnicy P. wprawdzie nie przeczą, że mówiono im o nałogu obwinionego, lecz nie zwracali uwagi na te gadaniny, gdyż P. był urzędnikiem pilnym i z wyjątkiem kilkorazowego niestawienia się z raportem u gubernatora, każdorazowo usprawiedliwionego, zawsze był trzeźwym i przykładnym w służbie.

4) W pierwszych dniach sierpnia miało miejsce ujęcie słynnego zbrodniarza i włóczęgi Ł.; okoliczność ta podnieciła P. i stała się bodźcem do nadużyć wyskoku, które pociągnęły za sobą bezsenność i jakieś „drgania nerwowe“, o których wspomina sam obwiniony. Wszyscy świadkowie zeznali zgodnie, że w ciągu tych pierwszych dni sierpniowych P. pędził żywot nieregularny, upijał się, jeździł nocami, nie spał kilka nocy z rzędu i w ogóle był w stanie chorobliwym. W rannéj godzinie 8 sierpnia P. oświadczył kilku towarzyszom pohulanek przybyłym do niego, że już kilka nocy zupełnie nie spi, a natomiast wiele pije. O ilości wypitego wyskoku z aktów śledztwa dowiedzieć się nie można, lecz już podczas obiadu P. był kłótliwym i szukającym sprzeczki; dopiero podpiwszy sobie poweselał, lecz mówił bez związku.

5) Czyn popełniony przez P. nosi na sobie cechę chorobową. Poszkodowanych on nie znał lub znając nie miał z nimi stosunków; obwiniony zapomniał nietylko o swém wykroczeniu, lecz wiele okoliczności, które zaszły przed i po dokonaniu bezprawia, wyszło mu z pamięci.

6) Lekarze, którzy badali P. na drugi dzień po zajściu zbrodniczém, stwierdzili symptomata obłędu pijackiego. Lekarz okręgowy Tołmaczew, nienależący do komisyi lecz wezwany do dania porady choremu, stwierdził, że obwiniony ulegał nader szybkim zmianom usposobienia, że mówił bez związku, giestykulował wiele i zdradzał swém zachowaniem się podleganie złudzeniom zmysłowym. Z objawów fizycznych Dr. T. wymienia nawał krwi do głowy, suchość obłożonego języka, mowę utrudnioną, tętno pełne i przyspieszone, chód niepewny, zapach wyskoku z ust. Z aktów nie wynika, kiedy P. oprzytomniał: 16 sierpnia był jeszcze chory i nie mógł przybyć na wezwanie sędziego śledczego; 25 zaś września osobiście zeznawał w sądzie.

7) Co się tyczy orzeczenia wydanego przez Zarząd lekarski, to Rada sanitarna nie podziela tego zapatrywania, że P. po użyciu nawet małych ilości wyskoku stawał się podnieconym i niespokojnym; w ogóle kwestyi co do ilości wypijanego wyskoku i sposobu jego używania akta nie wyjaśniają. Zdarzają się osoby, które od nieznacznych ilości użytego wyskoku wpadają w stan nadzwyczajnego podniecenia psychicznego, i to usposobienie bywa u nich bądź wrodzone, bądź też nabywa się urazami czaszki i choroba mi mózgowia. Fakt spostrzeżony i zeznany przez F., że obwiniony po wypiciu dwóch kieliszków osłabł i plątał się w rozmowie, nie może służyć za dowód, że posiadał wrodzoną niezwykłą wrażliwość na wyskok. Okoliczność przytoczona przez F. świadczy za tém, że P. należał do tych zastarzałych nałogowych pijaków, którzy przez codzienne i wieloletnie nadużywanie napojów wyskokowych doszli do psychicznego rozstroju takiego stopni, że użycie nieco większéj ilości napojów już jest w stanie wywołać nietylko niezwięzłość w mowie, lecz i inne niebezpieczne objawy psychiczne.

8) Na podstawie tego rozumowania należy wnosić, że P. dokonał zbrodni w stanie ostrego obłędu pijackiego (*delirium potatorum*).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Purjesz: **Etyjologija zapalenia płuc włóknikowego.** (Wykład miany w Tow. lek. w Budapeszcie).

Naturalném następstwem badań doświadczalnych rozpowszechniających się coraz to więcéj jest coraz natarczywsze dochodzenie i zgłębianie przyczyn zapalenia płuc dławcowego. Autor nie przychyla się jednak wcale do zapatrywań tych badaczów, którzy w diplokokach widzą przyrzut zapalenie płuc, gdyż jak się o tém przekonał znajdują się te pasorżyty w plwocinach wszystkich chorych cierpiących duszność; mają one, zdaniem P., pochodzić z powietrza źle odwietrzonych sal szpitalnych i ztądto pochodzi, że Leyden i Günther znajdowali je w cieczach aspirowanych z płuc dotkniętych zapaleniem, a okoliczność, że ich nie znaleziono w cieczach wydobytych z płuc innych chorych, nie dowodzi wcale, jakoby ich obecność cechowała zapalenie płuc. Tak więc wyraża P. przekonanie, że przyrody zakaźnéj zapalenia płuc nie można żadną miarą uważać za stwierdzoną doświadczalnie, jedynie drogą pośrednią można wnosić o tém, a mianowicie: na podstawie spostrzegania częstych epidemicznych wybuchów zapalenia płuc z przebiegiem podobnym do duru. Chociaż inni autorowie (Jürgensen) chcą zaprzeczyć tym przypadkom wspólności z prawdziwém zapaleniem płuc, zdarzają się przypadki takie również i sporadycznie, z drugiéj strony opisano epidemije zapalenia płuc z przebiegiem dobrym bez śladu przypadów durowych.

Jürgensen, który uważa zapalenie płuc za chorobę zakaźną, opiera swoje twierdzenie na tém, że: 1) częstość zapalenia płuc i chorób z zaziębienia jest zupełnie odmienną w różnych okresach czasu, podczas gdy dur i zapalenie płuc gromadzą się równocześnie w pewnych porach. Autor dowodzi, że w kilku miastach Europy środkowéj lata największéj częstości duru i zapalenia płuc nie zgadzają się. 2) Ze względów anatomicznych i klinicznych znajduje Jürgensen poparcie swego twierdzenia w okoliczności, że produkty zapalenia włóknikowego są specyficzne, oraz w przebiegu typowym, których nie można wywołać za pomocą żadnego innego bodźca. Litten twierdzi, że po wstrząśnieniach przychodzi czasem do zapaleń płuc z wypociną i przebiegiem zupełnie podobnym do przypadków typowego zapalenia płuc; gdy zaś spostrzeżenia swoje oparł na protokołach Tow. lek. berlińskiego, należy mu dać wiarę w zupełności.

Po tych uwagach dochodzi Purjesz do wniosku: że 1) ani na podstawie etyjologicznych, ani też anatomiczno-patologicznych względów nie może Jürgensen uważać zapalenia płuc włóknikowego za chorobę zakaźną; 2) że cho-

robę tak pod względem klinicznym, jakoteż anatomicznym podobną do zapalenia płuc włóknikowego można wywołać przez wpływy czysto fizyczne, np. wstrząśnienie. Również nie można uważać zaziębienia za przyczynę zapalenia płuc a obszerniéj o tém obiecuje autor na innėm miejscu pomówić. Że zapalenie płuc dławcowe jest chorobą zakaźną, wynika jedynie z cyklicznego przebiegu tegoż w pewnych okresach czasu; *maximum* przypadków przypada w różnych miejscowościach na różne miesiące, a krzywizna nakreślona z uwzględnieniem częstości przypadków wykazuje *maximum* przypadające w różnych miejscowościach na inną część roku; tak np. w Londynie przypada ono na grudzień, w Tybindze na styczeń, w innych miastach na marzec itd. Inne choroby np. zapalenie opon mózgowych i czerwonkę uważano za zakaźne tylko na téj saméj podstawie, zanim jeszcze poznano specyficzność zmian anatomicznych i ich typowy przebieg, a za najlepszy przykład może posłużyć dur brzuszny. P. twierdzi następnie, że zapalenie płuc uważa za chorobę zaduchową a rozwój zaduchu zależy, jak dowiódł Heller, od stosunków gruntowych. Purjesz obliczył, że częstość przypadków zapalenia płuc dławcowego stoi w odwrotnym stosunku do ilości opadów atmosferycznych i to obliczenie przedsięwziął na datach odpowiednich z Wiednia, Monachijum i Klausenburgu. Wychodząc z tego zapatrywania można snadnie, zdaniem jego, pojąć, dla czego przypadki zchorzenia tego zdarzają się właśnie w pewnych miesiącach częściéj w jednéj okolicy niż w innéj, a nawet nie trudno wytłumaczyć przypadków Littena bez uciekania się do przypuszczenia, że lada wstrząśnienie wywołuje zapalenie płuc. Wstrząśnienie pozbawia jedynie przybłonka pewne ograniczone miejsce w narządzie oddéchania a jak najmniejsza utrata przyskórka usposabia do zaszczepienia się róży tak i tutaj może najłatwiéj w tym właśnie czasie wtargnąć przyrzut zapalenia płuc. Przyrzut zapalenia płuc jest, zdaniem P., tylko jeden a zakażenie sprawia raz lżejsze innym razem cięższe zchorzenie, jak to miewa miejsce i w przebiegu innych chorób zakaźnych. (*Wiener med. Presse* Nr. 2. 1884). *Dr. Schaitter.*

Dr. St. Klikowicz (z kliniki prof. Botkina w Petersburgu):

Użycie tlenku dwuazotu w lecznictwie.

K. określa działanie tego środka w następujący sposób: 1) Czysty tlenek dwuazotu powstrzymuje oddechanie zwierząt i sprowadza zamartwicę i śmierć, obraz wszakże téj zamartwicy odróżnia się charakterystycznie od innych. 2) N_2O nie sprowadza we krwi zwierząt żadnych zmian chemicznych ani morfologicznych, rozpuszcza się w niéj i znów wydziela, nie ulegając widocznie rozkładowi na tlen i azot. 3) Znieczulenie czystym gazem rozweselającym jest w ten sposób połączone z niedostatecznėm ukwaszeniem krwi, iż go nie można uważać za zupełnie nieszkodliwe, szczególniéj w chorobach serca, płuc i naczyń. 4) Mięszanina tego gazu z 20% tlenu ogranicza możebność nastania zamartwicy i wywołuje w ustroju zwierzęcym szereg objawów, z których niektóre z wielkim pożytkiem w celach leczniczych mogą być zastosowane. 5) Pod wpływem mięszaniny N_2O z 20% tlenu u zdrowych, serce szybciéj się kurczy, falistość tętna zmniejsza, oddechanie staje się rzadsze i głębsze; a skutek ten znika po 3—5 minutach. 6) W przypadkach osłabionéj czynności serca powyższa mięszanka nie wywiera złego wpływu na ustrój, lubo zdarza się często, że liczba skurczów serca w jednéj minucie cokolwiek się zmniejsza, fala zaś tętna staje się większą i pełniejszą, skutek ten na obieg krwi trwać może 1—2 godzin. 7) Reguluje rytm oddechowy w przypadkach przeszkody w innerwacyi oddéchania, i szybko usuwa znaki podmiotowe jakoteż i przedmiotowe przeszkód w utlenianiu krwi. 8) Bóle koi na krótko i prawdopodobnie na téj zasadzie wytłumaczyć sobie możemy prędkie znikanie napadów dusznicy po kilku wdechach téj mieszanki gazów. 9) Należy go używać w porodach prawidłowych, jako bóle kojącego, przewyższa bowiem chloroform. 10) Przeciw wymiotom i kaszlom na drodze odruchowéj powstałym używa się go z korzyścią. (*Virchow's Arch. f. path. Anat. etc.* T. 1 i 2 zeszyt 94.). *Dr. J. R.*

Eickhold: **O bezsenności i lekach nasennych.**

Wszystkie próby utworzenia teoryi snu nie dopisały dotąd, tyle tylko jest pewnėm, że wśród czuwania przeważa wydawanie niejako siły i zasobów téjże gromadzących się podczas snu. Czynność mięśni ustaje we śnie po największéj części, przemiana materyi zmniejsza się, zmniejsza się ilość wydzielin, tlen bywa chłoniętym w znaczniejszéj ilości a procent wydzielonego kwasu węglowego opada. Najwięcéj przemawiało do przekonania przypuszczenie, że nagromadzanie się istot rozpadowych, powstających w skutek czynności mięśniowéj, wywołuje uczucie znużenia i sen sprowadza. Zdaniem Preyera ma być kwas mlekowy ową istotą, która dostawszy się wraz z krwią do mózgu sen wywołuje; Binz wykazał nawet, że kwas ten ma działać odurzająco. Pomimo tego jednak nie doprowadziły doświadczenia czynione w celu poparcia powyższego twierdzenia do wyników dodatnich: kwas mlekowy, a właściwie mlekan sodowy, jest bezskutecznym, jako środek nasenny.

Pflüger sądzi, że czuwanie polega na przebiegu pewnych spraw chemicznych, które ustają wśród snu. Według niego wytwarzanie się kwasu węglowego stanowi przyczynę czuwania, gdy zaś ilość wytworzona zaczyna się zmniejszać, nastaje sen. Rzecz w istocie nie jest tak prostą, jakby to mogło wynikać z téj hipotezy, gdyż na nastanie lub brak snu wywierają wpływ najrozmaitsze czynniki tak z zewnątrz jakoteż w samym ustroju przyczynę mające. Ważny wpływ ma w tym względzie pobudliwość kory mózgowéj a bodźce działające na nią pochodzą jużto z saméj siły wyobraźni jużtéż to z zewnątrz: zmartwienia i troski, skupienie uwagi na jeden przedmiot, żywy bieg myśli, jak niemniéj głośny szelest, jasne światło i zboczenia czucia ogólnego nie dozwalają usnąć. Budowa kory mózgowéj i jéj stopień rozwoju mają również znaczenie w tym względzie, a jako przykład posłużyć może okoliczność, że podczas, gdy płód ciągle jest we śnie pogrążony, niemowlę większą część życia przesypia, paralityk lub zniedołężniały na umyśle popada łatwo w stan senności, co należy bez wątpienia przypisać zmianom anatomicznym lub niedostatecznemu rozwojowi mózgu. Że stosunki krążenia w mózgu nie pozostają bez wpływu, dowodzi okoliczność, że niedokrewność mózgu sprowadza śpiączkę w pewnych razach. Według wszelkiego podobieństwa do prawdy zachodzą tutaj stosunki skomplikowane, zależne może od pewnego ośrodka, na wzór innych spraw w organizmie, przebiegających w pewnéj kolei, zależnych od pewnych ośrodków.

Przeszkodę w tém kolejnėm następowaniu snu i czuwania tak, że sen nie nadchodzi pomimo podmiotowo wyraźnego uczucia jego potrzeby, nazywamy bezsennością. Ludzie cywilizowani zmniejszają dowolnie liczbę godzin snu nie szkodząc pomimo tego swojemu zdrowiu; silne wrażenia zmysłowe, siła woli i używanie pewnych pożywek, zwłaszcza kawy i herbaty, zmniejszają potrzebę snu, co bywa bez szkody znoszone nawet przez czas pewien. Bezsenność jest chorobową, gdy staje się przewłoczną, upośledza zdrowie dotkniętego

nią i jako objaw *sui generis* dostaje się do jego świadomości. W ogóle należy rozróżnić trzy rodzaje bezsenności: 1) powstającą w skutek przeciążenia pracą umysłową lub fizyczną; 2) towarzyszącą chorobom ostrym lub przewlekłym, i 3) bezsenność jako objaw zwiastujący lub następstwo zmian czynnościowych lub organicznych mózgu.

Najważniejszym dla lekarza jest ten trzeci rodzaj bezsenności, t. z. neurastenicznéj. Równocześnie z nią pojawia się podupadanie odżywienia, przeczulica, nerwice i rozstrój umysłowy, a polegając na najrozmaitszych podstawach etyjologicznych jest ona objawem, z powodu którego chorzy wyłącznie rady lekarskiéj szukają. Pytając chorego, dla czego nie sypia, otrzymuje się nader rzadko odpowiedź wyczerpującą, uczucie zmęczenia owłada nim, jest zniechęconym do pracy i czuwania a pomimo tego spać nie może. Przed zamkniętemi oczyma snują się postacie, w uszach mu szumi, czuje uderzanie serca i słyszy tętnienie tętnic, członki obolałe odwraca z jednéj strony na drugą a uczucie znużenia coraz silniéj występuje. Każdy głos i dźwięk dochodzi wzmożony na sile do jego ucha, zdarzenia z dnia poprzedniego przesuwają się przed nim, wreszcie nadchodzi cały szereg trosk a krótki sen, który czasem nastaje, nie powraca mu sił i nie krzepi go wcale. Beard wyraża się, że: „duch pozostaje czynnym w tym lub owym kierunku a wszystkie starania dotkniętego, aby przerwać to myślenie, są bez skutku. Chory drzymie całą lub pół nocy i wśród zmęczenia przechodzi powtórnie zdarzenia z chwil czuwania.

O miedzę graniczy ten stan z zadumą, któréj początki tak się charakteryzują a bezsenność jest jednym z najprzykrzejszych objawów téj choroby mając za tło omamy i złudzenia przykréj treści.

Lecząc bezsenność należy zwrócić uwagę na dwie okoliczności: 1) Należy zadość uczynić wskazaniu przyczynowemu; 2) Nie należy podawać środków nasennych przewłocznie, lecz zmieniać je od czasu do czasu. Stereotypowe podawanie morfinu lub chloralu bez wszelkiéj krytyki i wglądnięcia w przyczynę bezsenności mści się na lekarzu, który sprowadza tym sposobem inne stany chorobowe, czasem niemniéj przykre. Unikać należy w tych razach środków odurzających a leczenie powinno rozpocząć się od reformy sposobu życia i żywienia się chorego, powinno uwzględnić pewne przyzwyczajenia, a gdy te przemiany nie odnoszą skutku, należy przystąpić do środków uspokajających, wśród których letnim kąpielom o 32° do 35° C., trwającym pół lub całą godzinę z zimnemi okładami na głowę, przypisać należy pierwszorzędne znaczenie. (Dok. nast.).

Wiadomości pomniejsze.

(I. S.) Prof. Vulpian czynił doświadczenia nad działaniem **salicylanu bizmutowego w durze.** Sól ta trudno rozpuszczalna rozkłada się zwolna w przewodzie pokarmowym i wywiera, zdaniem jego, działanie przeciwgnilne na schorzałe części jelita. Doświadczenia te powtórzył Desplats w Lille na dwudziestu chorych na dur brzuszny. Dawki wynosiły 1 lub 2 gm. na raz, 5 do 10 gm. na dzień, każdą dawkę popijał chory znaczniejszą ilością wody zwykłéj lub selterskiéj. Jako bezpośredni skutek zażycia środka wymienia D. opadnięcie ciepłoty o 1 lub nawet 2 stopnie, oprócz tego spostrzegał on pewne nagłe ustawanie przypadków chorobowych, które cechuje t. zw. leczenie poronne. W 13tu przypadkach powiodło się to leczenie poronne, w czterech był przebieg pomyślny, w reszcie przypadków skutku żadnego nie było. Autor przychodzi do przekonania, że salicylan bizmutowy działa nader skutecznie w przypadkach świeżych, a zwłaszcza jako środek zapobiegawczy w leczeniu duru brzusznego zasługuje na uwzględnienie. (*Wiener med. Blätter*, Nr. 50, 1883).

(K. Gr.) Deheme: **Syfilityczne okołoplamkowe zapalenie siatkówki.** Kiła może nagabywać każdą tkankę w oku. Siatkówka może ulegać powrotnym zapaleniom, jak je opisuje Graefe. Obecnie D. mniema, iż istnieje inna odmiana zapalenia siatkówki, którą nazywa okołoplamkową. Charakterystycznym dla nowo odkrytego rodzaju zapalenia siatkówki jest to, że spostrzegamy jakby krwotok w plamce żółtéj, ale objaw ten jest tylko wynikiem przeciwieństwa. Pozorną czerwoność otacza nie ściśle odgraniczony obszar barwy szaréj, pochodzi on od opuchliny siatkówki. Choroba powstaje nagle, lub po kilku poronionych napadach. Cierpienie to jest rzadkiém i zdaje się tylko jedno oko nagabywać. Leczenie winno być silnie przeciwkiłowe a rokowanie jest niepomyślne, choroba ta może dać powód do zaniku tarczy. W niektórych przypadkach zdawało się, iż wstrzykiwania podskórne azotanu pilokarpinu (2 centygramy) dobrze działały, stosowane jeżeli można rano na czczo. (*The Lancet* 1883. II. Nr. XX).

(J. R.) **Leczenie ciężkich postaci zaparcia stolca i zamknięcia przewodu kiszkowego** p. Dra Sawyer'a.

Między lekami na pierwszém miejscu stawia alonę, szczególniéj u osób, prowadzących życie siedzące, podaje 0.07—0.14 *Aloes* w pigułkach w połączeniu z 0.02 *ferri sulfur.* i 0.07 *extr. hyosc.* przed spaniem. Leczenie lżejszych przypadków zaparcia stolca za pomocą lewatyw nie jest odpowiedniém, tylko w ciężkich używać zawsze należy długiéj cewki i sam lekarz powinien ją przeprowadzić przez zagięcie esowate kiszki. Ilość płynu jest ważną, jeżeli w celu wyprowadzenia kału lewatywy zalecamy. W enemach odżywiających albo kojących, które mają być zatrzymane, ilość płynu nigdy nie będzie dostateczną, w celu zaś wypróżniającym tyle można do kiszek wprowadzać, ile się zmieści. W przypadku ostréj niedrożności kiszek cienkich z wyjątkiem zewnętrznéj przepukliny najprzód doświadczamy makowca, enemy, szaleju (*belladonna*) i należy skutku oczekiwać. Jeżeli to nie pomaga, należy przystąpić do laparotomii lub laparo-ileotomii. (*Brit. med. Journal*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

II. Posiedzenie zwyczajne z d. 6 lutego 1884 r.
Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 41.

1) Dalszy ciąg dyskusyi o „laparotomii w niedrożności jelit."

Kol. Mars nawiązując do poprzedzającéj dyskusyi, zwraca uwagę przedewszystkiém na stanowisko, jakie zająć ma cięcie probiercze. Dotychczas znając cięcie probiercze z przypadków ginekologicznych uważał je jako operacyję, za pomocą któréj torujemy sobie drogę przez powłoki brzuszne do jamy otrzewnowéj, aby uzupełnić rozpoznanie. Mianowicie tam, gdzie mamy obrzęk wycinać i gdzie przy znacznéj ilości płynów nagromadzonych w jamie otrzewny nie znamy jakości obrzęku, albo stosunku do organów sąsiednich, uważa operacyję tę za wskazaną. Z ostatniego odczytu kol. Schramma przekonał się, że operacyję tę robi nie tylko w przypadkach chronicznych ale i ostrych. Tu w obec zmienionych warunków i wykonanie należy zmienić a nie może być obojętną rzeczą, czy zrobić otwór na kilka cm. długi, którym się wprowadza palec, lub 2 palce, czyli też zrobić otwór, którym się wprowadza $^1/_2$ ręki, całą rękę i maca się z jednéj strony, następnie przechodzi się koło śledziony, wątroby na drugą stronę. W takich warunkach cięcie probiercze nie mo-

że być rzeczą obojętną. Zdanie koll. Rosnera i Pieniążka, że nawet w zapaleniu otrzewny uważać można operacyję tę za zbawienną, przedstawia mu się jednostronném. Przyznaje słuszność tam, gdzie mamy albo sprawę miejscowo ograniczoną albo też gdzie zadrażnienie jest świeże, gdzie jest zapalenie włóknikowe, gdzie jest wysięk, ale nie mamy rozkładowych części, o jakich była mowa. W obec łatwości. z jaką u osób cierpiących na miejscowe zapalenie otrzewny, błahe przyczyny np. kaszel, wymioty, obracanie się silne na łóżku sprowadzają zadrażnienie całéj otrzewny, daléj w obec łatwości, z jaką przechodzi zapalenie otrzewny włóknikowe lub surowicze w ropne, otwarcie jamy brzusznéj uważać musi za operacyję doniosłą, zwłaszcza, że tu antyseptyka nie odnosi żadnego skutku, jak w innych dziedzinach chirurgii. Gdzieindziéj operujemy *in continuo*, tam możemy całą przestrzeń desinfekcyjonować, miejsce za miejscem, tutaj desinfekcyja dokładna rany operowanéj, najbliższego sąsiedztwa i wszystkich zaułków otrzewny, które się stykają z powietrzem, nie jest możliwa, nie możemy więc działać dokładnie antyseptycznie. Postępy więc, jakie chirurgija zrobiła przez dzisiejsze środki opatrunkowe, nie mogą się w całéj pełni odnieść do laparotomii a więc i do cięcia pobierczego. W zapaleniu otrzewny cięcie to będzie miało przy têm znaczenie drażnienia mechanicznego. — W obec znanych mi przypadków, gdzie przy operacyi znaleziono przyczepiny, po przecięciu których dalsze wykonanie operacyi okazało się niemożliwém i chora się skrwawiła, daléj w obec znanych mi przypadków, gdzie śmierć nagle podczas operacyi nastąpiła i z przyczyn wyżéj wymienionych nie mogę zgodzić się na zdanie kol. Mikulicza, który przy dzisiejszém postępowaniu antyseptycznêm uważa operacyję tę za dość łagodną, on uważać ją musi za dość ważną i doniosłą, dlatego żąda: 1) dokładnéj definicyi cięcia probierczego, dokładnego określenia, czém ono jest, 2) podania dokładnych wskazań. Boć jeżeli mamy wskazania do kateteryzowania chorego i nie powiadamy, ażeby to było rzeczą błahą, potrzeba, aby i w téj operacyi były pewne wskazania, kiedy ją robić należy. Jest to zapewne rzeczą trudną, ale żąda podania wskazań choć o tyle, o ile to dziś jest możliwe. Podnosi wreszcie trzecią kwestyję, tj. stronę moralną cięcia probierczego, czy z operacyi cieszyć się powinniśmy, lub nie, czy ją uważać za postęp chirurgii, czy jest to *malum neccesarium*, którém nasze braki pokrywamy. A z téj kwestyi rodzi się druga, kto ma wykonywać taką operacyję, czy ona może być oddaną w rękę każdemu lekarzowi lub nie. Czy np. on sam, do noża gorący, zachęcony przemówieniem poprzedników będzie się mógł kusić o otwieranie jamy brzusznéj. Chodzi mu więc o rozstrzygnięcie kwestyi, jakie stanowisko zająć mają lekarze w obec téj operacyi.

Kol. A. Rosner: Kolega wymienił i mnie, jakobym utrzymywał, że nawet zapalenie otrzewny może być indykacyją do operacyi próbnéj. Żaden lekarz nie uzna zap. otrzewny jako wskazanie do operacyi. Wskazaną jest operacyja, jeżeli jest *occlusio* a jeżeli przy têm jest zapalenie otrzewny, to ono nie stanowi przeciwwskazania. Bo kolega musi przyznać, że jeżeli jest *occlusio*, a przystąpi zapalenie otrzewny, to śmierć nastąpić musi bez operacyi, po wykonaniu zaś laparotomii mogą być jeszcze jakieś szanse. Że obecność zapalenia otrzewny jest bardzo nieprzyjemną dla chirurga podczas laparotomii, na to się zgadzam, ale kontraindykacyją w żadnym razie być nie może. Żąda kolega daléj indykacyi do próbnego cięcia; trudną to jest rzeczą w obec operacyi, którą się zna od lat kilku zaledwie. To jest za krótki czas, aby z tego wyprowadzić pewne wnioski, ale to jest już dziś pewném, że o wiele wcześniéj powinien się wziąść chirurg do operacyi, jeżeli jest *occlusio*, aniżeli się to dziś robi.

Kol. Kohn studyjując rozwój laparotomii od lat 10 przyłączyć się musi do zapatrywań kol. Marsa. Do uwag jego dodać jeszcze musi jeden punkt. Ostateczną wskazówką dla lekarzy praktycznych nie rozporządzających wielkim materyjałem, nie mających zatém doświadczenia własnego, ostateczną wskazówką do wykonania operacyi, do uznania jéj za dobrą nie są słowa, ale cyfry, rezultaty wysnute sumarycznie z wielkich liczb, setek przypadków i rozmaitemi komplikacyjami operowanych różnemi sposobami. Rezultat taki jest potém wskazówką dla innych lekarzy, którzy własnego stanowiska mieć nie mogą. Cyfry jednak, te niezbite dowody dają się ustawić w rozmaity sposób. I właśnie wszystkie liczby incyzyi próbnéj (mówi tu o owaryjotomijach, których zna kilkadziesiąt) są mylne, bo wiele z nich nie pokrywa nic innego jak myłki dyjagnostyczne. On sam zna wiele takich przypadków, które w protokóle zostały zanotowane jako incyzyje próbne i one mu dają prawo zrobienia takiego przypuszczenia. Mylić się do pewnych granic wolno, mylą się i najwięksi specyjaliści, np. Spencer Wells, ale znajdują się często przypadki, które zwalają winę pewną na tego, który ją popełnił i to jest przyczyną, że się subsumuje nieraz operacyję fałszywie wykonaną pod dział incyzyi próbnéj. — W obec tego chodzi mu o zdefinijowanie, choćby teoretyczne, czém jest cięcie próbne i w têm żądaniu zgadza się z kol. Marsem, jak i co do wskazań a przytém żąda, aby wykluczyć subsumowanie myłek późniejszych pod nazwę incyzyi próbnéj, aby statystyka była pewną.

Kol. Obaliński: Nie da się zaprzeczyć, że obydwaj przemawiający do pewnego stopnia mieli słuszność. W całości przyznać im tego nie można. Obaj, jako akuszerzy, ginekolodzy, poszli za daleko, odstąpili od właściwéj dyskusyi. Na poprzedniém posiedzeniu była tylko mowa o laparotomii w skutek zakręcenia wewnętrznego a panowie powoli przenieśli się na pole chronicznych chorób, tj. czysto ginekologiczne, i ztąd jest nieporozumienie. Mnie się zdaje. że kol. Mars nie zupełnie dobrze postawił kwestyję mówiąc, że nie tylko w chronicznych ale nawet i w ostrych przypadkach ma się robić incyzyję próbną. Jabym sądził, że przeciwnie trzeba powiedzieć, że dozwoloną ona jest w ostrych przypadkach a mniej dozwoloną w chronicznych. — Incyzyja próbna, jak słusznie kol. Kohn powiedział, powstała z nieudanych operacyj. Kto czytał Spencer-Wellsa, ten się przekonał, że nazwa ta służyła do pokrycia nieudanych operacyj a gdy się powoli przekonano, że kilka takich przypadków nie skończyło się śmiercią, nabrano odwagi i poczęto robić operacyję tam, gdzie rozpoznanie nie było pewne, właśnie dla rozpoznania i następowego wykonania operacyi. W tych jednak chronicznych przypadkach sądzę, że nie powinno się wykonywać operacyi próbnéj i tam koledzy mają racyję. Bo téj choréj nie grozi niebezpieczeństwo życia, jeżeli ma np. obrzęk, z którym może żyć kilka lub kilkanaście lat a ja ją narażam na niebezpieczeństwo utraty życia, to jest to grzechem. Ale jeżeli mam chorego, jak na przeszłém posiedzeniu mówiłem, który mi może w 48 godzinach umrzeć, to w takim przypadku będę robił incyzyję próbną, bo może mi się uda uratować mu życie, a inaczéj to zapewne zginie.

Kol. Paszkowski: Punkt wyjścia dzisiejszéj dyskusyi jest ten, aby podać wskazania do laparotomii, jak to kol. Mars i Kohn podnosili. Podać wskazania do robienia laparotomii trudno, bo potrzeba najpierw rozpoznać niedrożność a przynajmniéj ogólnikowo rozpoznać i rodzaj niedrożności, czy się da usunąć, czy nie. Rozpoznanie niedrożności jest bardzo trudne. Chciałbym kilka praktycznych podać uwag, które z własnego doświadczenia zebrałem. Powtarzam, że zapad powszechnie uważają za pochodzący li tylko z niedrożności, ja zaś powiadam, że wszędzie gdzie zapad widziałem, to przyczyną tego zapadu było istniejące już zapalenie otrzewny. Miałem przypadki, gdzie bardzo wybitne były przypady niedrożności a mimo to zapadu przez bardzo długi czas nie było i przytoczyłem panom przypadek z kliniki prof. Korczyńskiego, gdzie po 8 dniach niedrożności chory został wyleczony przez zastosowanie prądu elektrycznego, ale przez cały przeciąg czasu zapadu nie było. Mówiłem więc na przeszłém posiedzeniu, aby nad tym punktem się zastanowić, dotąd jednak uwagi na to nie zwrócono. Druga jest kwestyja, czy istnieje zapalenie otrzewny, czy nie. To jest ważna kwestyja dla chirurga, bo ona pogarsza o wiele rokowanie. Ale rozpoznanie istniejącego zapalenia otrzewny jest bardzo trudne, a nawet pomięszać te dwie sprawy można, pomylić się można, czy jest zapalenie otrzewny samo, czy w skutek niedrożności i każdy z panów, którzy pod tym względem mają dużo materyjału, przyzna i powszechnie rzeczą jest wiadomą, że tu często były pomyłki. Przypominam tylko Dra Kułakowskiego, u którego w 8 dniu choroby byliśmy razem 5 czy 6 kolegów, przy badaniu wszyscy powiedzieli, że nie ma zapalenia otrzewny, w kilka godzin wykonano laparotomiję i okazało się zapalenie otrzewny ropne. A więc sądzę, że wtedy będą indykacyje dane, jeżeli będziemy dążyć do rozpoznania. Póki rozpoznania nie będziemy mieli pewnego, czy jest niedrożność, czy jéj nie ma, czy jéj towarzyszy zapalenie

otrzewny, czy nie, dopóty stan rzeczy się nie zmieni. A jest to głównie zadaniem chirurgów, więcéj ich niż internistów. Chirurg ma sposobność przekonania się *ad oculos*, robi niemal sekcyję, czy było tak, jak rozpoznano. W ten sposób symptomatologija może być polepszoną. (Dok. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Śmiertelność we Lwowie. W tygodniu od 20 do 26 stycznia r. b. zmarło we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.) 74 osób co odpowiada 33·3 na rok i 1000 m. W tym czasie zmarła 1 osoba z dyfteryi, 5 z dławca, 1 z duru brzusznego, 2 z gorączki połogowéj.

Ω Liczba uczniów medycyny w Uniwersytetach szwajcarskich rozdziela się w ten sposób na pojedyńcze Uniwersytety: w Bazylei 108, w Bernie 127 uczniów a 28 uczennic, w Zurychu 184 uczniów a 33 uczennic, w Genewie 84 uczniów a 7 uczennic. Z pomiędzy uczennic jedynie 5 jest rodowitych Szwajcarek a reszta są Rosyjanki.

Ω Dzienniki higijeniczne francuskie podają następującą ciekawą statystykę Paryża. W r. 1789 Paryż liczył tylko 650 tysięcy mieszkańców, w r. 1836 już 900 tysięcy, w r. zaś 1882 2,225.910. Liczba domów w r. 1820 wynosiła 27 tysięcy, w r. 1882 76 tysięcy. A zatém powstawanie domów nowych nie wyrównywa przyrostowi ludności. W. r. 1817 na 1 dom wypadało 24·52, w r. 1872: 29·19 a w r. 1882: 30 mieszkańców. Skutkiem tego nagromadzenia się ludności w niektórych dzielnicach ziemia w tak wysokim stopniu została zanieczyszczoną odchodami ludzkiemi, że np. obecnie przy budowie głównego gmachu pocztowego w ulicy Jean Jaques Rousseau, musiano zamiast fundamentów pobudować pod murami silnie sklepione kanały. Przeciętnie obliczają, że w Paryżu jest 191,500 mieszkań dla bogatych i zamożnych, zamieszkiwanych przeciętnie przez 500 tysięcy osób, zaś 472.000 mieszkań dla ubogich zamieszkałych przez 1,500.000 głów. Śmiertelność Paryża od r. 1869 wzrosła o $^1/_5$. I tak np. w r. 1869 na tyfus zachorowało 48·4 na 10 tysięcy mieszkańców, w r. zaś 1881: 96·5. Na dyfteryję zachorowało w r. 1869: 53·5, w r. 1881: 101·3. Na ospę w r. 1869: 11·4, w r. 1881: 74·8. Na odrę w r. 1869: 30·3, w r. 1881: 43·3. Na szkarlatynę w r. 1869: 7·2, w r. 1881: 18·3. Pod względem wody zdrowéj Paryż cierpi wielki niedostatek. W ogóle Paryżowi zbywa na wodzie. Przeciętnie ze 100 sz. metrów dostarczanéj wody, 75 wychodzi na polewanie i czyszczenie ulic, a tylko 25 pozostaje do użytku mieszkańców. Atmosfera Paryża jest w niektórych dzielnicach istotnie przeciążona wyziewami. W samym Paryżu jest trzy tysiące chemicznych itp. fabryk, a prócz tego 25 składów nieczystości (*dépotoirs*). W wielu dzielnicach w razie wiatru od strony tych składów okien w domach nie można otwierać, a ludzie często w ulicach nudności dostają.

Ω Według Kalendarza niemieckiego lekarskiego, wydanego na r. 1884 przez Dra P. Börnera w Berlinie, praktykuje obecnie w Niemczech 15.100 lekarzy, 460 dentystów a jest 4.482 aptekarzy. Co do rozkładu sił tych lekarskich na pojedyńcze prowincyje, to w całych Prusach wypada na 10.000 mieszkańców 3·20, lekarza, na sam Berlin 9·90, na Królestwo Bawaryi 3·61, na Saksoniję 32·5, na okręg Hamburgski 5·75. Na 100 □ kilometrów przypada w Hanowerze 2·30 lekarza, w prowincyjach nadreńskich 5·42, w Prusach 2·51, w Saksonii 6·61, w Hessyi 5·07, w Księstwie Meklemburg Schwerin 1·47, w Alzacyi i Lotaryngii 3·13, w całém Cesarstwie niemieckiém 2·79.

Ω W d. 1 kwietnia 1884 otworzoną zostanie w Turynie międzynarodowa wystawa elektryczna. Rząd włoski wyznaczył 10 tysięcy franków nagrody za wynalezienie najlepszego sposobu oświetlenia elektrycznego.

Ω *Lancet* podaje w jednym z ostatnich numerów spis lekarzy angielskich, zmarłych w ciągu roku 1883. Co do późnego wieku to z liczby lekarzy zmarłych dwóch doczekało się 95 lat życia, dwóch 94 lat, dwóch 92 lat, jeden 91 lat, dwóch 90 lat, jeden 89 lat, trzech 88 lat, trzech 87, pięciu 86 lat, dwóch 85, trzech 84 lat, czterech 83 lat, jeden 82 lat, czterech 80 lat.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,4. Z ospy umarło 5 (5 t.); z odry 1 (0 z. t.): z błonicy 2 (5 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z zimnicy 8 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 12 przypadkach ospy, 3 ospianki, 1 krztuśca, 1 błonicy. W tygodniu od 20—26 stycznia umarło z ospy w Londynie 2, leczyło się w szpitalach 14, świeżo zapadło 19. W Paryżu, Warszawie, Wenecyi, Aleksandryi i Nowym Orleanie umarło po 1, w Wiedniu, Brukseli, Birminghamie po 2, w Budapeszcie i Lizbonie po 3, w Madrycie i Murcyi po 6, w Maladze 15, w Pradze 37, w Madrasie 118. Z duru osutkowego umarło w Maladze 1, w Petersburgu 3, w Madrycie 4. W Wiedniu i Petersburgu zabrała wiele ofiar odra, w Paryżu i Warszawie błonica. Z cholery umarło w Kalkucie od 24 listopada do 1 grudnia 37, w Madrasie od 1—7 grudnia 26, w Bombayu od 19—25 grudnia 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 20—26 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,4; w Warszawie 30,1; w Wiedniu 26,5; w Budapeszcie 26,8; w Pradze 35,5; w Berlinie 23,2; w Hamburgu 26,2; w Gdańsku 21,3; we Wrocławiu 30,7; w Mnichowie 29,7; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 26,3; w Bazylei 26,3; w Brukseli 24,7; w Amsterdamie 31,6; w Hadze 28,9; w Paryżu 25,8; w Londynie 19,9; w Kopenhadze 23,0; w Stokholmie 25,2; w Chrystyjanii 16,6; w Petersburgu 36,9; w Odesie 29,9; w Wenecyi 27,0; w Bukareszcie 30,4; w Madrycie 40,7; w Lizbonie 36,0; w Aleksandryi 29,4; w Nowym Jorku 22,5; w Filadelfii 24,6; w Bombayu 28,2; w Madrasie 65,0. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 lutego. Brak miejsca nie dozwolił nam dotychczas powtórzyć odezwy, mieszczącéj się w Nrze 3cim *Medycyny* z r. b. Czynimy to obecnie zwracając zarazem uwagę kolegów na treść odezwy, która powinna zachęcić kolegów, zwłaszcza młodszych, do godziwego współzawodnictwa na polu piśmiennictwa lekarskiego.

Premijum redakcyi *Medycyny*. Celem zachęcenia kolegów na polu naukowém pracujących do ogłaszania drukiem swych poszukiwań lub spostrzeżeń, redakcyja *Medycyny* ustanawia premijum w ilości rs. 150 za najlepszą pracę w ciągu roku w *Medycynie* ogłoszoną. Stosownie do tego pierwsze premijum udzielone zostanie autorowi najlepszéj pracy oryginalnéj w téméże czasopiśmie, od dnia 1go stycznia 1884 do dnia 1go stycznia roku przyszłego, t. j. 1885, umieszczonéj.

Do rzeczonego premijum kwalifikuje się wszelka praca programowi i rozmiarom naszego pisma odpowiadająca z zakresu nauk lekarskich, bez względu na wybór przedmiotu, byle tylko stanowiła albo pewien przyczynek naukowy, albo stwierdzała gruntownie jakiś fakt, lub téż jakąś wątpliwość rozwiązywała, albo wreszcie opierała się na szeregu własnych spostrzeżeń do wyprowadzenia ścisłych wniosków posłużyć mogących; jedném słowem praca, któraby pod jakimbądź względem cechy samoistności przedstawiała.

Aby możność korzystania z ustanowionego premijum udostępnić jak największéj liczbie piszących, przyjęliśmy za zasadę, iżby ci z kolegów, którym, bądźto z powodu odbywania studyjów w uniwersytetach obcych, bądźtéż z powodu nieznajomości słownictwa, pisanie po polsku pewną trudność przedstawia, prace swe w języku, jaki im jest najdogodniejszy, nadsyłać mogli, z tém jednakże zastrzeżeniem, że praca w obcym języku nadesłana dopiero po umieszczeniu jéj w *Medycynie* może być przez autora w inném czasopiśmie ogłoszona; w przeciwnym razie nietylko do premijum lecz i do ogłoszenia w *Medycynie* jako tłumaczenie rzeczy już znanéj się nie kwalifikuje.

Również z prawa tego mogą korzystać autorowie czescy, ze strony których chęć wspólnéj pracy i zawiązania naukowych stosunków przez ich udział na naszych Zjazdach przyrodniczo-lekarskich kilkakrotnie się ujawniła. Zatém wszelka praca bez względu na wybór przedmiotu, jéj rozmiary oraz język, w jakim nadesłaną zostanie, byleby tylko jednemu z wymienionych na wstępie warunków czyniła zadość, do premijum się kwalifikuje.

Prace, które pod koniec roku, resp. w ostatnim kwartale, nadesłanemi zostaną i które dla braku miejsca w tymże kwartale wydrukowanemi nie będą, nie tracą prawa do premijum, które jednakże wedle zasady główniéj t. j., po wydrukowaniu, dopiero w roku następnym przyznane jednéj z nich być może.

Kwalifikowanie prac oraz przyznanie najlepszéj z nich premijum powierzone będzie komitetowi, który dla zapewnienia bezstronności zarówno z członków miejscowych jako i zamiejscowych składać się będzie. Odpowiedni regulamin, rzeczonego komitetu się tyczący, ogłosimy w jednym z najbliższych numerów *Medycyny*.

Upraszamy najuprzejmiéj wszystkie redakcyje pism lekarskich i przyrodniczych, aby niniejszą odezwę łaskawie powtórzyć raczyły.

* Otrzymaliśmy od jednego z kolegów na prowincyi praktykujących list następujący:

W obec znacznego postępu medycyny w każdym kierunku i z każdym niemal rokiem zaiste w przykrém położeniu znajdują się lekarze na prowincyi. Wprawdzie wszyscy z zamiłowaniem oddający się swemu zawodowi, gdy im sposobność nie pozwala korzystać, że tak się wyrażę, przy ołtarzu postępu wiedzy, choć w peryjodycznych pismach fachowych szukają tego, co ich na równi zawsze z naprzód posuwającą się nauką utrzymać i co im do praktycznego zastosowania potrzebném być może. Czy jednak z tak czerpanych urywkowych wiadomości, a choćby nawet wyczerpujących prac, bez praktycznego przyswojenia sobie tych rzeczy, wielką korzyść odnieść można, to pytanie! Już brak samoistnych doświadczeń z powodu niemożności dokonywania tychże na chorych prywatnych wstrzymuje nieraz lekarza od użycia nowych środków, które znakomitą pomoc przyniosłyby mogły.

Prąd nauki prze naprzód, a za jakie 10 lat powiedzą o nas młodsi koledzy, że mamy praktykę za sobą ale bez postępu. Dla tego trzeba ogniwa, któreby nabytą wiedzę lekarza łączyło z nowym postępem nauki. Piękne i wzniosłe zadanie Zjazdów lekarskich koło rozwoju medycyny i nauk jéj powinowatych na ojczystéj niwie obejmuje zakres działania daleko szerszy i z powodu krótkości czasu, rozmaitości i ilości przedmiotów traktowanych nie podoła temu. Jedynie i najodpowiedniéj służyćby mogły co parę lat powtarzające się 2—3 tygodniowe kursy kliniczne dla lekarzy z przeważném uwzględnieniem postępu nauki i praktycznych wskazań. Podobne kursy istnieją już na innych Uniwersytetach. Takie wykłady oprócz pobudzenia lekarzy do utrzymania równowagi przyniosą i tę niejednemu ważną korzyść, że niejednę lukę w jego wiedzy wypełnią, jakiéj nie mógł podczas swych studyjów lub nie miał sposobności nawet przy najlepszych swych chęciach, po ukończeniu tychże dopełnić. Dopiero bowiem w ostatnich latach przybyło parę nowych katedr w Wydziale lekarskim naszéj *Alma mater*, z których tylko najmłodsze pokolenie lekarzy korzysta. Przesyłając głos ten z prowincyi jestem w przekonaniu, że znajdzie oddźwięk u wielu kolegów i u tych, od których głównie przyprowadzenie téj myśli do skutku zależeć będzie."

List ten umieszczamy tém chętniéj, o ile równocześnie myśl podobna objawioną została ze strony kilku kolegów tutejszych i że zanosi się na urzeczywistnienie życzenia, którego tłumaczem jest szan. korespondent. *Redakcyja.*

* **Wiedeń.** Doktorand medycyny Łazarz Dimitriewicz, z Król. Serbskiego, otrzymał od towarzystwa wiedeńskiego ratowniczego zaszczytne uznanie w postaci dyplomu honorowego za to, że będąc przypadkowym świadkiem przejechania 14 letniego kelnera przez wagon tramwajowy przystąpił na miejscu do podwiązania krwawiącéj tętnicy udowéj i operacyję wykonał zręcznie i szczęśliwie.

* Arcyrzadki zdarzył się przypadek, że władze skonfiskowały czasopismo lekarskie, a mianowicie Nr. 6 *W. med. Presse*; stało się to z powodu ryciny, wyobrażającéj części płciowe dziewczyny, która badaną była w oddziale ginekologicznym prof. Bandla a okazywała symetrycznie przedziurawienie obydwóch warg sromnych mniejszych. Konfiskaty téj nie wytłumaczy sobie zapewne nikt, który nie zna stosunków wiedeńskich. Otóż czasopisma lekarskie znajdują się we wszystkich prawie kawiarniach, do których uczęszczają i niewiasty. Policyja żądała tedy od redakcyi, aby sporządziła dla tych lokalów inne wydanie z opuszczeniem ryciny wspomnionéj.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Prof. Bokai, dyrektor szpitala dla dzieci, otrzymał order korony żelaznéj 3ciéj kl. — Prof. kliniki wewnętrznéj Dr. Fryderyk Korányi w uznaniu zasług położonych na polu umiejętności i w sprawach publicznych otrzymał szlachectwo węgierskie z przydomkiem Tolcsvai.—**Warszawa.** Wydział lekarski polecił wykład anatomii patologicznéj narządów moczo-płciowych Drowi Przewoskiemu.—**Jena.** Dr. Weber-Liel z Berlina powołany został jako prof. otyjatryi. — **Gryfija.** Dr. Budge mł. mianowany został profesorem nadzw.

* **Nekrologija.** W Bostonie w Ameryce półn., umarł Dr. Klimaszewski, rodem z Król. Polskiego, od r. 1846 w Ameryce zamieszkały.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 6: Rumszewicza: Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka. II. Przypadek wielorakiéj źrenicy; Czaplickiego: Ciąża zewnątrzmaciczna w jamie Douglasa. Wydobycie płodu przez odbytnicę. Wyzdrowienie.—W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6: Hoyera: O mikroskopowém badaniu grzybków chorobotwórczych (dok.); Rzadkowskiego: Przyczynek do nauki o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Henryk JORDAN: Jakiém postępowaniem można gorączce połogowéj zapobiedz. Kraków 1884, in 8vo str. 24.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20 lutego o godzinie 6téj popoł. w Sali Akademii Umiej. posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Kopernicki przedstawi czaszki murzyńskie, nadesłane przez Rogozińskiego, i wykaże cechy téj rasy; 2) kol. Kohn okaże kilka nowszych narzędzi ginekologicznych i wyłoży swoje spostrzeżenia nad działaniem leczniczém nowszych leków w praktyce ginekologicznéj; ewentualnie 3) kol. Blumenstok poda *Miscellanea* z zakładu sądowolekarskiego.

Sprostowanie. Na str. 82, szp. 1széj w wierszu 10tym od góry w Przyp. II., zam. 14 marca, winno być 4 marca.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego — W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla